Ректору КФУ

Сафину Л.Р.

от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_ курса, гр. \_\_\_\_\_\_\_\_

*(магистранта/студента)*

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_* формы обучения

*(очной/заочной/очно-заочной),( бюджетной/контрактной*)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(института/факультета/высшей школы)*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(ФИО полностью)*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(адрес места проживания/адрес по прописке)*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(электронная почта, мобильный телефон)*

Заявление

Прошу предоставить мне академический отпуск с «\_\_»\_\_\_\_\_\_ 20\_г. по «\_\_»\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(указывается причина: по семейным обстоятельствам, по состоянию здоровья, в связи с призывом в Вооруженные силы РФ, в связи с другим исключительным случаем)*

В случае моего невыхода на обучение по завершению академического отпуска прошу отчислить меня по собственному желанию   
с «\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_ г.

*(указывается дата, следующая за датой последнего дня академического отпуска)*

Уведомлен(а), что при выходе из академического отпуска буду продолжать обучение на \_\_\_\_ курсе при условии ликвидации академической задолженности (при наличии) и академической разницы в установленные сроки.

Приложение:

*(если академический отпуск по болезни)*

медицинское заключение о необходимости предоставлении академического отпуска

*(если академический отпуск в связи с призывом)*

повестка из военкомата с указанием даты и времени прибытия на сборный пункт

Дата *(проставляется вручную)*

Подпись *(проставляется вручную)*

СОГЛАСОВАНО:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*Должность руководителя основного подпись Фамилия И.О.*

*структурного подразделения*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*Должность заместителя руководителя подпись Фамилия И.О.*

*основного структурного подразделения*

*по образовательной деятельности*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*Должность лица, принявшего заявление подпись Фамилия И.О.*

Дата приема заявления *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*